

Note de haut de page : ALCOOLISME ET INTENTIONS INTERPERSONNELLES

Alcoolisme et attribution d'intentions interpersonnelles sur base d'expressions faciales  
émotionnelles : Etude pilote

« Alcoholism and attribution of interpersonal intentions on the basis of emotional facial  
expressions: A pilot study »

Marie Dethier<sup>a</sup>, Alessia Volkova<sup>a</sup>, Aurore Neumann<sup>b</sup>, & Sylvie Blairy<sup>a</sup>

### Résumé

Les habiletés à comprendre les états émotionnels d'autrui permettent de développer des relations interpersonnelles harmonieuses. Or, les personnes alcoolo-dépendantes (AD) commettent des erreurs d'interprétation dans la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles (EFE). Les EFE véhiculent de l'information non seulement sur l'état émotionnel mais aussi sur les intentions interpersonnelles. L'objectif de cette étude était de tester si les AD se différencient des sujets sains dans l'attribution d'intentions interpersonnelles de dominance et d'affiliation sur base de l'observation de l'EFE. La dominance a pour objectif de contrôler l'environnement et l'affiliation de maintenir la relation avec l'objet. Vingt patients AD et 20 sujets sains ont attribué des intentions de dominance et d'affiliation à 12 photographies d'individus exprimant de la joie, de la colère ou de la tristesse. Les résultats ont révélé que les AD se différencient des sujets sains dans l'attribution de l'intention interpersonnelle de dominance mais pas dans celle d'affiliation. Les AD commettent des erreurs de reconnaissance des émotions exprimées. Cette étude suggère qu'ils tendent également à anticiper de manière biaisée, en comparaison aux sujets sains, les intentions interpersonnelles.

**Mots-clés :** alcoolisme, intention interpersonnelle, expression faciale émotionnelle

### Abstract

The ability to understand the emotional states of others is necessary in order to develop high quality interpersonal relationships. Alcohol-dependents (AD) display interpretative errors when decoding emotional facial expressions (EFE). EFE communicate information not only regarding emotional states but also regarding interpersonal intentions. The purpose of the present study was to investigate whether, exposed to EFE, AD differ from healthy individuals in attributions of interpersonal intentions of dominance and affiliation. The purpose of dominance is to control the environment and the purpose of affiliation is to maintain the relationship with the object. In the present study, twenty AD and 20 healthy subjects attributed intentions of dominance and affiliation to 12 faces portraying joy, anger or sadness. Results revealed that AD differ from healthy individual in attribution of dominance but not of affiliation. AD make mistakes when decoding expressed emotions. The present study suggests that, compared to healthy subjects, they also tend to anticipate, in a biased way, interpersonal intentions.

**Keywords:** alcoholism, interpersonal intention, emotional facial expressions

Les habiletés à comprendre les états émotionnels d'autrui sont nécessaires pour développer des relations interpersonnelles harmonieuses. Or, les personnes alcoolodépendantes (AD) sont confrontées quotidiennement à de sévères problèmes interpersonnels (e.g. Marshal, 2003; Nixon, Tivis, & Parsons, 1992). Plusieurs équipes de chercheurs se sont intéressées aux capacités des personnes AD à comprendre les états émotionnels d'autrui, et plus particulièrement, à décoder les expressions faciales émotionnelles (EFE) (Uekermann & Daum, 2008, pour une revue). Leurs études ont montré que les personnes AD font plus d'erreurs de décodage que les personnes saines et ont tendance à surestimer l'intensité des émotions exprimées par autrui (e.g., Kornreich et al., 2001; Philippot et al., 1999). En particulier, elles ont tendance à interpréter les EFE de tristesse comme du dégoût ou de la colère (Frigerio, Burt, Montagne, Murray, & Perret, 2002) et à confondre les émotions de dégoût et de colère (Townshend & Duka, 2003). Par ailleurs, les EFE de joie sont plus souvent perçues de manière négative par les personnes AD que par les sujets sains (Philippot et al., 1999). Au plus ces problèmes d'interprétation sont sévères, au plus les personnes AD rapportent de difficultés interpersonnelles (Kornreich et al., 2002).

Les EFE sont des comportements non-verbaux qui communiquent des informations non seulement sur l'état émotionnel d'autrui, mais aussi sur les intentions de l'individu. Selon Frijda (1986), les expressions faciales expriment -ou représentent- ce qu'il a appelé des tendances à l'action. Les tendances à l'action sont des dispositions innées à accomplir certaines actions ou certains changements relationnels avec l'environnement. L'EFE est donc une manifestation des intentions comportementales d'un individu, dans un état émotionnel donné, envers son environnement. Plusieurs études réalisées chez des individus sains ont montré que les EFE sont associées à des intentions interpersonnelles spécifiques selon l'émotion (Hess, Adams, & Kleck, 2005; Hess, Blairy, & Kleck, 2000; Knutson, 1996). Afin de tester quelles sont les intentions associées à certaines catégories d'EFE, les études citées

ci-dessus se sont basées sur le modèle structural du cercle interpersonnel de Wiggins, Trapnell, et Phillips (1988). Selon ces auteurs, tout adjectif descriptif de la personnalité relatif à un comportement interpersonnel se positionne sur un cercle dont les axes orthogonaux sont dominance-soumission et affiliation-retrait. La dominance consiste à contrôler son environnement par le statut et le pouvoir tandis que affiliation fait référence à la propension à être attiré par un objet et à l'explorer dans le but de maintenir la relation avec celui-ci. Les études antérieures ont montré que l'observation d'une EFE peut être associée à la perception d'une intention interpersonnelle caractérisée par la dominance-soumission et l'affiliation-retrait.

Les intentions de dominance et d'affiliation sont particulièrement intéressantes chez les personnes AD en raison de leurs difficultés à reconnaître les émotions de colère (Frigerio et al., 2002; Townshend & Duka, 2003), émotion caractérisée par des intentions de haute dominance et de basse affiliation (Knutson, 1996). Les nombreux conflits que rapportent les personnes AD (e.g., Stanley, 2008) pourrait résulter, du moins en partie, d'une mauvaise compréhension de ces intentions. Enfin, Stevens, Gerlach, et Rist (2008) ont montré que des patients phobiques sociaux sous-estiment la présence d'affiliation chez autrui. Hors, il existe une grande comorbidité entre la phobie sociale et l'alcoolisme (e.g., Buckner et al., 2008).

L'objectif de la présente étude a été de tester si les personnes AD se différencient des sujets sains dans l'attribution des intentions interpersonnelles de dominance et d'affiliation sur base de l'observation de l'EFE et s'il existe un lien entre ces éventuels biais d'interprétation et les difficultés interpersonnelles.

## Méthode

### Participants

Vingt patients AD (selon les critères du DSM-IV de dépendance à l'alcool) abstinents depuis minimum un mois et 20 sujets sains volontaires appariés en fonction du sexe, de l'âge,

et du niveau d'éducation des patients ont participé à l'étude. Les participants ont tous signé un formulaire de consentement éclairé concernant leur participation à l'étude. L'inventaire de dépression de Beck (BDI-II; Beck, 1996) a été administré à tous les participants pour évaluer la symptomatologie dépressive (score [0 - 63]). Le Symptom Check-List Revised (SCL-90 ; Derogatis, 1983), un questionnaire d'autoévaluation des symptômes psychopathologiques appartenant à neuf facteurs (somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, phobies, traits paranoïaques et psychotiques), ainsi que le Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ; Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor, & Rankin, 1979) évaluant la dépendance à l'alcool (score [20-80]) ont été administrés aux patients AD (score [0 - 360]). Enfin, l'ensemble des participants a rempli la version courte de l'Inventaire des Problèmes Interpersonnels (IIP-64; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988) dans le but d'identifier les patterns dysfonctionnels des interactions interpersonnelles (score [0 - 256]). Les caractéristiques cliniques et démographiques des participants sont exposées dans le Tableau 1.

-----

Insérer ici le Tableau 1

-----

### Procédure

La tâche se présentait sous forme papier-crayon. Les participants devaient évaluer 12 photographies de visages émotionnels au moyen d'une liste d'adjectifs interpersonnels. La consigne était « En vous basant sur votre intuition, dites si cette personne est ». Elle était suivie de la liste d'adjectifs. L'évaluation se faisait sur une échelle de Likert en 7 points (-3 à 3). Chaque photo était présentée séparément avec la liste d'adjectifs.

### Stimuli

3 (émotions [joie, colère, tristesse]) x 2 (sexe) x 2 (acteurs) EFE sélectionnées dans la série d'EFE construite par Hess et Blairy (1995) à partir du matériel de Matsumoto et Ekman (1988) ont constitué le matériel de cette étude.

### Variable dépendante : évaluation de l'intensité de l'intention interpersonnelle véhiculée par l'EFE

Les participants ont évalué avec quelle intensité chaque expression véhicule l'intention interpersonnelle décrite par l'adjectif. Seize adjectifs ont été sélectionnés dans l'échelle d'Adjectifs Interpersonnels Révisée (Interpersonal Adjective Scale, Revised, IAS-R ; Wiggins et al., 1988) et traduits en français (traduction non validée). L'IAS-R se constitue d'une série d'adjectifs qui échantillonne les dimensions interpersonnelles d'affiliation et de dominance.

Deux nombres compris entre -1 et 1 pondérant les dimensions interpersonnelles d'affiliation et de dominance ont été attribués à chaque adjectif (voir Tableau 2). Ces nombres ont été attribués en fonction des coordonnées de l'adjectif anglais sur le cercle Interpersonnel (Wiggins et al., 1988) dont l'axe des ordonnées représente la dimension de dominance-soumission et l'axe des abscisses celui d'affiliation-retrait. A chaque stimulus correspond deux scores, un pour l'affiliation et un pour la dominance. Par exemple, pour la dimension affiliation-retrait, plus la pondération s'approche de 1, plus l'adjectif est associé à une intention d'affiliation, et plus il s'approche de -1, plus il est associé à une intention de retrait. Ces scores sont calculés en faisant le produit pour chaque adjectif de la pondération de l'adjectif et de son évaluation par le participant (entre -3 et 3). Ces 16 produits (un pour chaque adjectif) sont additionnés pour produire le score final.

-----

Insérer ici le Tableau 2

---

## Résultats

### Affiliation

Une analyse de variance mixte 3 (émotion) x 2 (groupe) a été conduite sur la variable dépendante affiliation (voir Tableau 3). L'effet principal émotion émerge,  $F(2,76) = 128.42$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .77$  : la joie est perçue comme plus affiliative que la tristesse qui est elle-même perçue comme plus affiliative que la colère. Cependant, l'effet principal du groupe,  $F(1,38) = 2.48$ ,  $p = .12$ ,  $\eta^2 = .06$ , ainsi que l'interaction Emotion x Groupe,  $F(2,76) = .53$ ,  $p = .59$ ,  $\eta^2 = .01$ , ne sont pas significatifs.

### Dominance

Une analyse de variance mixte 3 (émotion) x 2 (groupe) a été appliquée à la variable dépendante dominance (voir Tableau 3). Les résultats ne mettent pas en évidence d'effet principal du groupe,  $F(1,38) = .06$ ,  $p = .80$ ,  $\eta^2 < .01$ . Néanmoins, l'analyse a révélé un effet principal du facteur émotion,  $F(2,76) = 44.00$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .54$  : Les participants ont attribué plus d'intention de dominance à la joie qu'à la colère, et plus à la colère qu'à la tristesse. Cet effet principal est qualifié par une interaction significative Emotion x Groupe,  $F(2,76) = 4.53$ ,  $p = .01$ ,  $\eta^2 = .11$ . Les analyses post-hoc ont montré que les patients AD ont attribué moins de dominance aux expressions de joie que les sujets sains,  $F(1,38) = 4.49$ ,  $p = .04$ ,  $\eta^2 = .11$ , tandis qu'ils ont tendance à attribuer plus de dominance aux expressions de colère que les sujets sains,  $F(1,38) = 3.17$ ,  $p = .08$ ,  $\eta^2 = 0.08$ .

---

Insérer ici le Tableau 3

---



### Problèmes interpersonnels

En accord avec les résultats des études antérieures, les résultats du test *t* de Student sur le score à l'échelle IIP (version courte) indiquent que les patients AD présentent plus de problèmes interpersonnels ( $M = 91.95$ ,  $ET = 34.29$ ) que les sujets sains ( $M = 69.10$ ,  $ET = 34.09$ ),  $t(38) = 2.11$ ,  $p = .04$ ,  $\eta^2 = 0.09$ .

### Corrélation entre les problèmes interpersonnels et l'attribution d'intentions

Aucune corrélation significative entre les résultats à l'IPI (problèmes interpersonnels) et les différents scores d'attribution d'intention n'a émergé, que ce soit chez les patients AD ou chez les sujets sains.

### Corrélation entre l'attribution d'intentions interpersonnelles et l'évaluation des autres symptômes

Aucune corrélation significative entre les scores d'attribution d'intentions interpersonnelles et ceux aux différentes échelles évaluant les symptômes (BDI, SCL-90, SADQ), ni entre les scores d'attribution d'intentions interpersonnelles et le nombre de cure n'a émergé.

## Discussion

Cette étude préliminaire des capacités des personnes AD à décoder à partir de l'EFE des intentions interpersonnelles indique que les personnes AD semblent se différencier des sujets sains dans l'attribution de l'intention interpersonnelle de dominance mais pas dans celle d'affiliation. Le profil de l'attribution de dominance en fonction l'émotion exprimée par autrui est plus plat chez les patients AD que chez les sujets sains, ce qui suggère que les patients AD émettent moins de nuance que les sujets sains dans l'attribution de dominance. Ce résultat ne peut pas s'interpréter comme un déficit global d'évaluation mais est spécifique

à l'intention de dominance. En effet, dans le cas contraire, l'interaction Emotion x Groupe aurait également dû être significative pour la variable affiliation.

Globalement, les résultats de l'étude sont dans la lignée des études empiriques qui ont mis en évidence la présence de difficultés de décodage des EFE chez les personnes AD (Uekermann & Daum, 2008, pour une revue). Ils suggèrent que les personnes AD commettent non seulement des erreurs dans la reconnaissance du type d'émotion mais qu'elles anticipent aussi de manière biaisée la relation avec la personne qui se trouve en face d'elles. Une étude de Frigerio et al. (2003) a montré que l'EFE de tristesse, émotion caractérisée par des intentions de basse affiliation et de basse dominance (Knutson, 1996), est perçue par les personnes AD comme de la colère, émotion caractérisée par des intentions de basse affiliation mais, au contraire de la tristesse, par des intentions de haute dominance (Knutson, 1996). La perception biaisée de la dominance chez les personnes AD peut participer aux problèmes de décodage des émotions véhiculées.

Par contre, contrairement aux études qui ont montré que les patients AD ont tendance à surestimer l'intensité de l'EFE (Kornreich et al., 2001; Oscar-Berman, Hancock, Mildwordf, Hutner, & Altman-Weber, 1990; Phillipot et al., 1999), les patients AD dans la présente investigation ne surestiment pas l'intensité des intentions comportementales véhiculées par l'EFE d'autrui.

Contrairement à notre hypothèse, la mesure des problèmes interpersonnels n'est pas corrélée à celle de l'attribution d'intentions spécifiques. Ceci ne concorde pas avec les résultats de l'étude empirique qui a montré des liens entre l'importance des problèmes interpersonnels et les déficits de décodage des EFE (Kornreich et al., 2002). Cette absence de résultat peut s'expliquer par le choix du questionnaire utilisé pour évaluer les problèmes interpersonnels : la version courte de l'IIP. Elle n'est probablement pas suffisamment détaillée

et complète pour mettre en évidence un lien spécifique entre un tel biais d'attribution et des problèmes interpersonnels. Kornreich et al. (2002) avaient utilisé la version longue de l'IIP.

Cette étude présente un certain nombre de limites. Tout d'abord, certaines caractéristiques des patients AD n'ont pas été mesurées en dépit du fait qu'elles auraient pu avoir une influence sur les résultats (e.g., durée de la dépendance, durée d'abstinence, présence passée ou actuelle de comorbidité psychiatrique, état de fatigue des participants pendant la phase expérimentale). La procédure expérimentale a, en outre, une validité écologique limitée en comparaison aux situations de la vie courante. Dans les relations interpersonnelles, le temps d'une EFE est très bref, rarement plus qu'une seconde (Ekman, 1984). Or, dans cette étude, les participants pouvaient prendre tout le temps qu'ils désiraient pour observer et répondre aux 16 échelles.

Les résultats de cette étude, bien que préliminaires, contribuent à la compréhension des difficultés interpersonnelles que présentent les patients AD (Nixon et al., 1992), difficultés qui sont connues pour être une source majeure de rechute (Marlatt, 1996). En effet, la difficulté à percevoir correctement les intentions interpersonnelles d'autrui joue un rôle indéniable dans le maintien de relations interpersonnelles satisfaisantes (Carton, Kessler, & Pape, 1999) par le biais, notamment, du sentiment d'empathie (Davis, 1994). Plus particulièrement, une perception biaisée de l'intention de dominance peut être en jeu dans les nombreux conflits interpersonnels que rapportent les patients. Une sensibilisation au risque de mal interpréter les intentions interpersonnelles d'autrui peut être un premier pas dans une démarche thérapeutique.

Les recherches ultérieures devront continuer à investiguer les biais d'interprétation des intentions interpersonnelles présents dans l'alcoolisme et leur influence sur la qualité des relations interpersonnelles. En particulier, nous proposons d'étudier d'autres intentions et plus spécifiquement les intentions de rejet et d'agressivité. Ces intentions nous paraissent

particulièrement pertinentes en regard du mode de relation interpersonnelle qu'établissent les personnes AD envers leur environnement. Ces prochaines études devraient contribuer au développement de programmes thérapeutiques visant la re-médiation des capacités à inférer les intentions d'autrui en interaction sociale.

### Références

- Beck, A. T. (1996). *The Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Hacourt Brace.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239.
- Carton, J. S., Kessler, E. A., & Pape, C. L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23, 91-100.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social Psychological Approach*. Madison, WI: Brown & Benchmark.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. In P., Ekman & K., Scherer (Eds.), *Approaches to Emotion* (pp 319–343). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Frigerio, E., Burt, D. B., Montagne, B., Murray, L. K., & Perret, D. I. (2002). Facial affect perception in alcoholics. *Psychiatry Research*, 113, 161-171.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hess, U., Adams, R. B., & Kleck, R. E. (2005). Who may frown and who should smile? Dominance, affiliation, and the display of happiness and anger. *Cognition and Emotion*, 19, 515-536.
- Hess, U., & Blairy, S. (1995). *Set of Emotional Facial Stimuli*. Montréal: University of Quebec, Department of psychology.

- Hess, U., Blairy, S., & Kleck, E. (2000). The influence of facial emotion displays, gender, and ethnicity on judgments of dominance and affiliation. *Journal of Non-Verbal Behavior*, 24, 265-283.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Knudson, B. (1996). Facial expressions of emotion influence interpersonal trait inferences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 20, 165-182.
- Kornreich, C., Blairy, S., Philippot, P., Dan, B., Foisy, M. L., Hess, U., et al. (2001). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholism compared with obsessive-compulsive disorder and normal controls. *Psychiatry Research*, 102, 235-248.
- Kornreich, C., Philippot, P., Foisy, M. L., Blairy, S., Raynaud, E., Dan, B., et al. (2002). Impaired emotional facial recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 394-400.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, 37-49.
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997.
- Matsumoto, D., & Ekman, P. (1988). *Japanese and Caucasian facial expressions of emotion (JACFEE)* (Slides). San Francisco, CA: Intercultural and Emotion Research Laboratory, Department of Psychology, San Francisco State University.

- Nixon, S., Tivis, R., & Parsons, O. A. (1992). Interpersonal problem-solving in male and female alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 684-687.
- Oscar-Berman, M., Hancock, M., Mildwordf, B., Hutner, N., & Altman-Weber, D. (1990). Emotional perception and memory in alcoholism and aging. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 384-393.
- Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Den Dulk, A., Le Bon, O., et al. (1999). Alcoholics' deficits in the decoding of emotional facial expression. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 23, 1031-1038.
- Stanley, S. (2008). Interpersonal Violence in alcohol Complicated marital relationships (a study from India). *Journal of Family Violence*, 23, 767-776.
- Stevens, S., Gerlach, A., & Rist, F. (2008). Effects of alcohol on ratings of emotional facial expressions in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 940-948.
- Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C., & Rankin, H. (1979). The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 74, 79-87.
- Townshend, J. M., & Duka, T. (2003). Mixed emotions: alcoholics' impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. *Neuropsychologia*, 41, 773-782.
- Uekermann, J. & Daum, I. (2008). Social cognition in alcoholism: A link to prefrontal cortex dysfunction? *Addiction*, 103, 726-735.
- Wiggins, J. S., Trapnell, P., & Phillips, N. (1988). Psychometric and geometric characteristics of the Revides Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavioral Research*, 23, 517-530.

Notes de l'auteur

<sup>a</sup> Université de Liège, Département des Sciences Cognitives, Liège, Belgique

<sup>b</sup> « Psy-Pluriel », Centre européen de Psychologie Médicale, Uccle, Belgique

Adresse pour la correspondance :

Marie Dethier, Université de Liège, Service de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive. B33. Boulevard du Rectorat, 3. 4000 Liège, Belgique.

E-mail: Marie.Dethier@ulg.ac.be. Tel: + 32 4 366 23 37. Fax : +32 4 3662808.



Tableau 1

*Caractéristiques Cliniques et Démographiques des Patients AD et des Sujets Sains ;**Moyenne (Ecart-Type)*

Caractéristiques cliniques	Patients AD	Sujets sains
Age	38.25 (9.20)	37.05 (9.33)
Niveau d'éducation		
Secondaire inférieur	7	7
Secondaire supérieur	4	4
Supérieur non universitaire	6	6
Universitaire	3	3
Genre		
Masculin	9	9
Féminin	11	11
BDI-II** [0-63]	16.40 (10.31)	5.60 (3.14)
SCL-90 R [0-360]	58.15 (41.03)	40.33 (40.50)
IIP* [0-256]	91.95 (34.29)	69.10 (34.09)
Nombre de cures	1.8 (2.28)	
SADQ [20-80]	43.5 (9.1)	

*Notes.* BDI=Beck Depression Inventory ; SCL-90 R=Symptom Check-List Revised;  
IIP=Inventaire des problèmes interpersonnels d'Horowitz; SADQ=Severity of  
 Alcohol Dependence Questionnaire.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Tableau 2

*Liste des Adjectifs et leurs Pondérations*

Adjectifs	Affiliation	Dominance
Gentille	.62	0
Timide	-.15	-.55
Non-exigeante	.19	-.41
Agréable	.62	0
Maligne	-.45	.43
Insensible	-.60	.02
Ouverte	.41	.63
Non astucieuse	.44	-.40
Dominante	-.19	.62
Froide	-.59	-.06
Affirmée	.04	.66
Terne	-.39	-.45
Introvertie	-.30	-.56
Rusé	-.53	.38
Réservé	-.13	-.60
Amical	.58	.37

Tableau 3

*Score aux Echelles d’Affiliation et de Dominance en Fonction du Groupe (Patients AD vs. Sujets Sains; Moyenne (Ecart-type))*

Intentions	EFE	Patients AD	Sujets Sains
Affiliation	Joie	19.22 (9.59)	18.40 (9.11)
	Colère	-13.43 (12.67)	-16.03 (10.36)
Dominance	Joie	10.69 (15.11)	19.68 (11.49)
	Colère	4.59 (13.12)	-3.04 (13.96)
	Tristesse	-10.01 (10.91)	-13.14 (11.54)

*Note.* Score minimum = -36 ; score maximum = 36.